

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N° 208

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René LEVANNIER

Né le 21 août 1906, à Chatou (S.-et-O.)
Ancien Externe en 1^{er} des Hôpitaux de Paris

ETUDE

SUR

LA SYPHILIS OCULAIRE

Président : RATHÉRY, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1932

802

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René LEVANNIER

Né le 21 août 1906, à Chatou (S.-et-O.)
Ancien Externe en 1^{er} des Hôpitaux de Paris

ETUDE

SUR

LA SYPHILIS OCULAIRE

Président : RATHERY, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIÈRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE et
	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 N Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . . Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ABRAMI . . . Clinique médicale.
CHIRAY. . . . Clinique médicale.
DEBRE Clinique médicale.
DUVOIR. . . . Clinique médicale.
BASSET. . . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU. . . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT . . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . . Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . . Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD.	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ.	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A SA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE SON PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur F. RATHERY

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de clinique Thérapeutique

*Qui a bien voulu accepter la prési-
dence de cette thèse et en recon-
naissance de son précieux ensei-
gnement.*

A MON MAITRE

M. le Docteur POULARD

Ophtalmologiste de l'Hôpital Lariboisière

Qui m'a inspiré le sujet de ce travail. En témoignage de ma profonde reconnaissance pour son excellent enseignement pendant l'année passée dans son service.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages

M. le Professeur HARTMANN.

M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*).

M. le Professeur LEMIERRE.

Externat

M. le Docteur MOCQUOT.

M. le Professeur RATHERY

M. le Docteur GANDY.

Internat Pr.

M. le Docteur MARCHAL.

M. le Docteur POULARD.

A Monsieur HOVELACQUE

Professeur agrégé d'Anatomie

En témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Médecin Lieutenant-Colonel WORMS

Professeur au Val-de Grâce

A Monsieur E. HARTMANN

Ophtalmologiste des Hôpitaux

A Messieurs LEBOVICI et R. BERNARD

Chirurgien des Hôpitaux

A Messieurs H. BOMPART, CAROLI, GUÈDE

Chefs de Clinique à la Faculté

A mon Ami, le Docteur E. DEBON

A TOUS MES CAMARADES

INTRODUCTION

La médication de la syphilis oculaire subit des variations au fur et à mesure que de nouveaux médicaments sont mis à la disposition des médecins. Dans ce travail nous n'avons d'autre but que d'exposer la façon dont s'est établie dans un important service d'ophtalmologie la thérapeutique anti-syphilitique des maladies des yeux. A la suite de quelques observations isolées des critiques ont été portées sur l'emploi de certains médicaments arsenicaux. La publication de ces critiques semble avoir inspiré des craintes exagérées dans le corps médical et même dans le public.

Nous pensons que cette étude portant sur un nombre considérable d'observations contribuera à permettre une plus juste appréciation de la bonne ou de la mauvaise influence de la médication arsénicale en ophtalmologie.

Trois médicaments sont actuellement employés dans le service d'ophtalmologie de Lariboisière contre la syphilis :

Le mercure sous forme de cyanure d'hydrargyre ;

Le bismuth sous forme de quinby ;

L'arsenic sous forme d'acétylarsan.

Dans le choix du médicament nous nous sommes laissé guider par les effets thérapeutiques et nous devons reconnaître que peu à peu l'arsenic a pris une place prépondérante ; vient ensuite le mercure et enfin le bismuth.

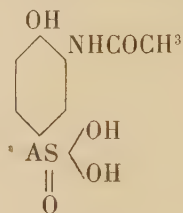
Nous les considérons tous les trois comme de grande valeur et les employons indifféremment. Néanmoins, les effets heureux de l'acétylarsan, sa rapidité d'action, son administration facile, lui a fait prendre la première place ; et actuellement c'est le plus souvent à lui que nous avons recours, d'abord, quand se présente un cas de syphilis oculaire. Mais s'il se montre insuffisant, nous avons très rapidement recours au mercure ou au bismuth. Il en est de même dans les intolérances.

Actuellement le médicament arsenical se trouve employé dans 65 % des cas, le mercure dans 30 % des cas, le bismuth dans 5 % des cas de syphilis oculaire.

Laissant de côté les cas traités par le bismuth ou le mercure qui ne prêtent pas actuellement à la critique,

nous nous limitons à donner notre opinion sur la médication arsenicale sous forme d'acétylarsan.

L'acétylarsan est un dérivé de l'arsenic pentavalent. C'est le para-oxy-méta-acétyl-amino-phénylarsinate de diéthylamine :



L'acétylarsan a pour origine l'acide oxyaminophénylarsinique et son sel de soude; mais c'est un produit peu stable. L'introduction d'un radical acétyle augmente la stabilité et rend le produit plus soluble, mais pas encore suffisamment, il se précipite et cristallise.

Le sel d'une base organique la diéthylamine est lui, très stable, très soluble, moins toxique que les sels minéraux et d'un pouvoir parasitotrope très marqué : c'est l'acétylarsan. Il est délivré sous deux formes : l'acétylarsan pour adultes, solution à 23,6 % en ampoules de 3 cc. contenant 0 gr. 15 d'arsenic par ampoule. L'acétylarsan infantile, solution à 9,4 % en ampoules de 2 cc. correspondant à 0 gr. 04 d'arsenic par ampoule.

Mode d'emploi

Nous employons l'acétylarsan en injections sous-cutanées profondes faites à la fesse avec une aiguille de 3 à 4 cm. enfoncée complètement et perpendiculairement

à la surface de la peau. Nous faisons habituellement des séries de 16 piqûres au rythme de 2 injections par semaine. Mais ces doses peuvent être augmentées sans danger, l'acétylarsan ne s'accumulant pas dans l'organisme. Cette manière d'injection de l'acétylarsan est complètement indolore et des plus faciles.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Depuis 1927 on a traité par l'acétylarsan 600 malades atteints de diverses affections syphilitiques des yeux et un certain nombre d'autres malades chez lesquels la syphilis n'était pas démontrée. Nous ne pouvons rapporter ici les observations de tous les malades mais il est intéressant de rapporter sommairement un certain nombre de cas probants.

Ulcérations syphilitiques de la paupière

Bien que les ulcérations syphilitiques de la paupière soient rares, nous avons eu l'occasion d'en traiter plusieurs par l'acétylarsan. En voici trois exemples :

Obs. 1. — Ulcération de la paupière inférieure de l'œil gauche guérie par 4 injections d'acétylarsan.

M. Léo... Le début remonte à 3 mois par un bouton auquel a succédé une plaque rouge qui s'est étendue jusqu'à la paupière inférieure (commissure interne) et s'est propagée jusqu'à l'aile du nez. Divers traitements, pommades, électricité ont été entrepris sans résultats.

Le malade se présente le 15 juin 1931 avec une ulcération arrondie indurée saignant facilement, de la grosseur d'une pièce de 10 sous, profonde de 5 mm. environ au fond jambonnée, indolore, adhérent aux plans profonds.

Acétylarsan, 4 piqûres : guérison complète.

Le 22 septembre 1931 après 15 injections d'acétylarsan ; plus de trace d'ulcération, amélioration marquée de l'état général.

Obs. 2. — Blépharite syphilitique.

Mme Ver..., 26 ans, consulte le 13 juillet 1931 pour une ulcération du bord marginal de la paupière inférieure de l'œil droit, pas d'adénopathies. Divers traitements (pommades, collyre) institués depuis 3 mois n'ont donné aucun résultat.

Après 6 piqûres d'acétylarsan plus de trace d'ulcération il reste seulement une simple dépression recouverte de peau saine.

Obs. 3. — Ulcération syphilitique du bord palpébral inférieur.

Mme Cas..., 36 ans, consulte le 16 avril 1928.

Depuis décembre, après une brûlure par graisse de cuisine qui aurait donné lieu à une cloque sur la paupière inférieure, la malade présente du larmoiement.

En janvier 1928 le Dr G... est consulté pour larmoiement et légère inflammation de la paupière voie lacrymale imperméable, on passe une sonde à deux reprises.

Quelques jours après apparaissent des grosseurs sur la paupière inférieure. Le larmoiement n'a pas cessé.

A l'examen le 16 avril 1928 on note une lésion de la paupière inférieure formant trois nodosités voisines et ulcérées plus une nodosité à la paupière supérieure. Ces nodosités présentent un fond jaunâtre sans pus, les tissus avoisinants sont rouge foncé, pas d'adénopathies. Après 2 piqûres d'acétylarsan amélioration considérable, après 15 piqûres : cicatrisation complète avec destruction des cils et encoches dans le bord palpébral où il y avait ulcération, guérison de la céphalée accusée depuis longtemps par la malade.

Paralyisie oculaire

Les paralysies oculo-motrices syphilitiques sont très nombreuses, nous n'en donnerons que quelques exemples :

Obs. 4. — Paralyisie du moteur oculaire commun œil droit.

M. Qui..., 35 ans, présente une paralyisie de la III^e paire de l'œil droit, inégalité pupillaire réflexes à la lumière et à l'accommodation conservés.

Après 15 piqûres d'acétylarsan : disparition de la paralyisie.

Obs. 5. — Mme Des..., 31 ans, vient consulter le 29 septembre 1931 parce que l'œil gauche est complètement fermé. Début vers le mois d'août par des céphalées

très violentes déterminant de l'insomnie. Est traitée par le sirop de Gibert : amélioration de la céphalée mais persistance du ptosis.

A l'examen paralysie complète de la III^e paire œil droit, ptosis, mydriase, strabisme divergent.

Après 7 piqûres d'acétylarsan disparition du ptosis et de la diplopie.

Obs. 6. — Paralysie du moteur oculaire externe gauche.

M. Geg..., 45 ans, consulte pour diplopie et paralysie du VI^e gauche (29 octobre 1926).

Après une série de 16 piqûres d'acétylarsan, plus de diplopie.

En décembre 1928, reprise de la diplopie, guérison après 16 injections d'acétylarsan.

Obs. 7. — Paralysie du moteur oculaire commun droit.

M. Bil..., 44 ans, consulte pour diplopie.

A l'examen : parésie de la III^e paire droite avec mydriase, pupille irrégulière ne réagissant pas à la lumière.

Chancre en 1919 traité seulement par 10 piqûres de novarsénobenzol. Après 7 piqûres d'acétylarsan plus de parésie, la pupille réagit à la lumière.

Obs. 8. — Migraine ophtalmoplégique.

M. Rey..., 14 ans 1/2, vient consulter le 25 février 1914.

Depuis l'âge de 10 ans accuse des crises de céphalée durant 2 à 3 jours, sans phénomènes lumineux, sans vomissement, sans paralysie oculaire, augmentant dans les efforts intellectuels, survenant tous les 3 mois et obligeant le malade à s'aliter.

Au début de février 1914 on constate : une paralysie totale du MOC avec ptosis, mydriase, qui est apparue quelques jours après le début de la crise ; quant à la céphalée elle est disparue 5 à 6 jours après l'installation de la paralysie.

A l'examen : Paralysie oculaire de la III^e paire, paralysie de l'accommodation, réflexe photo-moteur et consensuel existent. B.-W. négatif.

Le 9 mars 1914, après 6 piqûres de 1/2 cc. de Cy. Hg. un peu de céphalée, mais légère amélioration de la paralysie.

Le 23 mars 1914, après 12 piqûres de Cy. Hg. un peu d'amélioration, pas de céphalée.

Le 4 avril 1914, après 17 piqûres de Cy. Hg. pas de céphalée, amélioration très marquée de la paralysie (la paupière se relève à moitié).

Le 19 mai 1914, après 25 piqûres de Cy. Hg. il reste seulement un peu de dilatation pupillaire.

En octobre 1925, le malade revient après une nouvelle crise de céphalée avec ptosis, divergence de l'œil droit.

Actuellement ptosis apparu depuis le matin, peu de divergence pupille dilatée et très paresseuse, réflexe lumineux presque nul.

$$VQD - 0,75 = 1$$

Paralysie de l'accommodation (lit avec + 2).

Le malade depuis 1914 a eu des crises identiques tous les 3 mois mais n'a reçu aucun traitement.

Le 5 décembre 1925, après une série de 20 piqûres de Cy. Hg. n'a plus de céphalée, pas de récédive.

VOD — I = I

Paralysie de l'accommodation (lit avec + I).

Le 17 août 1926 a eu 3 séries de Cy. Hg. depuis 1 an a eu une seule crise en juillet, céphalée seulement pendant 5 jours sans paralysie.

Actuellement la pupille réagit bien moins que la gauche, un peu de déformation pupillaire sans angles comme dans l'immobilisation spécifique de la pupille.

Le 26 novembre 1926 après 20 piqûres de Cy. Hg. n'a pas eu de crise depuis juillet.

Le 1^{er} décembre 1926, petite crise avec céphalée, ptosis, diplopie, paresse de l'accommodation, reprise du Cy. Hg.

Le 25 janvier 1927, au cours de la série de Cy. Hg. 2 petites crises : céphalée seulement, sans diplopie, sans troubles visuels. OD pupille en mydriase moyenne, réflexe à la lumière nul.

Le 28 avril 1927, institution d'un traitement à l'acétylarsan à l'occasion de la première piqûre : ptosis qui cède à la 3^e piqûre, la série étant terminée tout va bien.

Le 21 juin 1927, céphalée pendant 3 jours sans autre trouble.

Le 22 octobre 1927, après une série de 15 piqûres

d'acétylarsan tout va bien sauf un peu de céphalée aux premières piqûres.

Le 27 février 1928, depuis le mois d'août n'a eu que quelques migraines, pas de troubles oculo-moteurs.

En février 1928, une série d'acétylarsan.

En juin 1928, crise insignifiante avec chute minime de la paupière.

Depuis 1928, ce malade reçoit deux séries de piqûres d'acétylarsan par an et n'a plus que des crises de céphalée très légères, peu fréquentes, environ deux fois par an et sans paralysie.

Cette observation démontre l'efficacité du cyanure d'hydrargyre et l'action plus grande et plus définitive de l'acétylarsan.

Iridocyclites traumatiques

Sans estimer que la syphilis y soit pour quelque chose, nous avons dans un assez grand nombre d'iridocyclites traumatiques ou post-opératoires constaté un heureux effet de l'acétylarsan, en voici deux observations résumées :

Obs. 9. — Iridocyclite post-opératoire.

M. Boi..., 64 ans, opéré six semaines auparavant en Belgique pour cataracte de l'œil droit est envoyé à Paris en raison des complications.

A l'examen : Œil rouge, douloureux, iris modifié de coloration, masses et exsudats dans la chambre anté-

rieure et dans le champ pupillaire, précipités à la face postérieure de la cornée, état très grave.

VOD = 0

TOD = 17 mm.

Traitement : atropine, acétylarsan.

Les 7, 9, 11 octobre 1931 reçoit 2 cc. d'acétylarsan.

Le 12 amélioration, souffre moins, œil moins rouge.

Les 14, 16, 18, 21, 23, 25, 27, 30 octobre, 1^{er} et 5 novembre reçoit 2 cc. d'acétylarsan.

Après ce traitement œil droit calme, membranule occupant l'orifice pupillaire en grande partie gênant pour apercevoir le fond d'œil, quelques exsudats sanguins au devant de l'orifice pupillaire.

VOD = voit la main à 0 m. 25

Le 8 janvier 1931 irido-capsulotomie.

Suites opératoires excellentes, le malade sort le 11 février 1931.

VOD + 12 = 1/10

Bon champ visuel.

Obs. 10. — Iridocyclite traumatique.

M. Dum..., 62 ans, consulte le 3 novembre 1931.

Traumatisme par choc de tête de clou sans pénétration sur l'œil droit il y a 6 semaines. Pendant les 3 premières semaines n'a pas souffert puis a présenté des douleurs au niveau de l'œil droit.

A l'examen : cornée trouble, injection périkeratique.

VOD = 1/2

TOD = 40 mm.

VOG = 2/3

Le 19 novembre 1931 sclérecto-iridectomie œil droit.

Le 27 novembre 1931 plus de tension, voit les doigts à 0 m. 50 mais fond d'œil inéclairable.

Après 8 piqûres d'acétylarsan.

VOD = $1/10$

TOD = 20 mm.

Iritis

Les iritis syphilitiques se rencontrent journellement dans le service et presque sans exception guérissent tous par l'acétylarsan.

Obs. 11. — Iritis.

M. Bro..., consulte le 24 décembre 1929 pour iritis de l'œil gauche.

VOG = $1/7$

L'œil droit a été énucléé à la suite d'un accident.

Institution d'un traitement mixte de deux injections d'acétylarsan et une injection de Cy. Hg. par semaine.

Après 4 injections d'acétylarsan et 2 de Cy. Hg. : VOG = $1/5$.

Dépôts nombreux sur la cristalloïde antérieure, pas de synéchies; très rares et très petits précipités sur la Descemet, visibles à la lampe à fente.

Le 11 janvier 1930 : VOG = $1/4$ faible, pupille bien dilatée, mais dépôts nombreux sur la cristalloïde antérieure.

Le 28 janvier 1930 : VOG = $2/3$.

Le 26 mars 1930, après 15 piqûres d'acétylarsan et 7 de cyanure de mercure, œil calme : VOG = 1 faible.

Le 13 novembre 1930 : légère hyperémie conjonctivale: on institue 12 piqûres d'acétylarsan à titre préventif.

En juillet 1930 12 piqûres d'acétylarsan.

En décembre 1931 œil calme : VOG = 1 TOG : 15 mm.

La réaction pupillaire existe sur tout le pourtour de l'iris.

Obs. 12. — Iritis et glaucome secondaire.

M. Gas... est vu le 5 octobre 1925 pour rechute d'iritis de l'œil gauche et traité par l'atropine qui n'amène pas de mydriase.

TOG = 20 mm.

Dans la nuit du 11 au 12 octobre, bien que n'ayant pas reçu d'atropine la veille, surviennent de violentes douleurs au niveau de l'œil gauche.

Le 13 octobre : œil très rouge, hypertendu :

TOG = 43 mm.

1/2 heure après pilocarpine et ésérine :

TOG = 33 mm.

Le 14 octobre (5 heures après pilocarpine) :

TOG = 33 mm.

Le 17 octobre (3 heures après pilocarpine) :

TOG = 16 mm.

Le 19 octobre : TOG = 18 mm.

On institue un traitement au cyanure de mercure, l'amélioration se maintient jusqu'en décembre 1925. A ce moment légère rechute œil gauche :

VOG = 1/3

TOG = 25 mm.

Le 26 novembre 1926 poussée d'iritis avec hypertension au niveau de l'œil gauche :

$$\text{VOG} = 1/3$$

$$\text{TOG} = 28 \text{ mm.}$$

On fait une série de cyanure de mercure.

Le 15 juillet 1927 légère poussée d'iritis sans hypertension :

$$\text{VOG} = 2/3$$

Institution d'une série d'acétylarsan rapidement suivie de guérison.

Depuis 1927 le malade reçoit régulièrement deux séries d'acétylarsan par an, plus de poussées d'iritis, pas d'hypertension.

$$\text{VOG} = 2/3$$

Cette observation montre l'arrêt définitif par l'acétylarsan d'un iritis avec glaucome secondaire.

Kératites interstitielles

Il serait inutile de donner des observations de kératites interstitielles, affections courantes qui suivent d'une manière plus ou moins rapide la même évolution. Notons cependant que l'acétylarsan semble dans bien des cas agir avec une rapidité bien plus grande que ne le fait le cyanure d'hydrargyre.

Obs. 13. — Mlle Tou..., 5 ans, kératite interstitielle de l'œil gauche guérie après 4 piqûres d'acétylarsan infantile, c'est-à-dire en 15 jours.

Obs. 14. — Mlle Pou.,, 49 ans, entre dans le service le 18 mars 1931 pour kératite interstitielle bilatérale très vive avec cornées troubles infiltrées.

VODG = compte les doigts à 30 cm.

Le 12 mai 1931 après 15 injections d'acétylarsan, cornées claires.

VOD = 1/2 faible

VOG = 2/3

Guérison.

Ulcère de la cornée

L'observation suivante donne un exemple de lésion cornéenne s'étant présentée sous l'aspect d'un ulcère de la cornée avec léger hypopion. Devant l'inefficacité du traitement local, devant l'extension de l'infiltration cornéenne et devant l'apparition de quelques signes d'iritis, on décide après quelques jours de faire l'acétylarsan.

Obs. 15. — Mme Roc..., 45 ans, consulte le 21 novembre 1931.

Cette malade aurait eu une « conjonctivite » il y a 15 jours qui serait disparue en quelques jours.

Le 11 novembre elle ressent de très violentes douleurs dans l'œil droit qui persistent jusqu'à ce jour.

A l'examen : on constate une ulcération de la cornée avec hypopion.

VOD = 1/20

Malgré une cautérisation l'ulcère s'étend et il appa-

rait une infiltration interstitielle de toute la cornée et quelques signes d'iritis.

On institue un traitement par l'acétylarsan, après 4 injections l'amélioration était très marquée et après 15 injections la guérison était complète.

$$\text{VOD} = 1/3$$

Il s'agissait d'une manifestation syphilitique d'un type peu fréquent.

Choroïdites

Les choroïdites sont si souvent d'origine syphilitique que, dans les cas douteux, on se trouve souvent obligé d'appliquer le traitement général anti-syphilitique. Le traitement anti-syphilitique appliqué avec fermeté est habituellement efficace soit pour faire régresser, soit pour arrêter les lésions. Elles revêtent d'ailleurs un type analogue à celle que nous donnons ici :

Obs. 16. — Choroïdite de l'œil droit.

M. Gou..., consulte le 31 janvier 1931 pour baisse de la vision de l'œil droit.

A l'examen :

$$\text{VOD} = 1/7$$

Léger dépôt sur la face postérieure de la cornée, réflexes iriens normaux, cyclochoroïdite.

Fond d'œil lésion maculaire visible à l'ophtalmoscope.

Scotome central.

BW positif

Après une série de 15 piqûres d'acétylarsan : peu d'amélioration diminution du scotome central.

$$\text{VOD} = 1/7$$

$$\text{VOG} = 1$$

Après une deuxième série de 15 piqûres : guérison.

$$\text{VOD} = 1/3$$

$$\text{VOG} = 1$$

Neuro-rétinites

Les neuro-rétinites syphilitiques, plus rares que les choroïdites, peuvent dans quelque cas exceptionnels atteindre une intensité extraordinaire ; et, dans ces cas, on ne peut en avoir raison qu'avec l'appui d'un traitement très énergique. L'exemple suivant en est une démonstration. Il s'agit d'une neuro-rétinite, (et même d'une affection intra-oculaire plus diffuse encore) ayant détruit complètement la vision d'une jeune femme ; grâce à un traitement très ferme par l'acétylarsan la guérison complète fut obtenue avec récupération de l'acuité visuelle normale.

Obs. 17. — Neuro-rétinite bilatérale au cours d'une syphilis secondaire.

Mlle Van..., 19 ans, entre à l'hôpital en août 1929.

Le 13 juillet 1929, au bord de la mer, étant « très enrhumée » apparaissent des douleurs au niveau de l'œil gauche irradiant dans toute l'hémiface gauche et dans les dents. L'œil devient très rouge, paupières œde-

matiées, œil complètement fermé, baisse considérable de la vision.

Trois semaines après l'œil droit rougit, devient douloureux avec baisse énorme de l'acuité visuelle.

A l'examen :

Œil droit sans réaction extérieure, VOD = compte les doigts dans la moitié supérieure et le quadrant inféro-externe du champ visuel ; dans le quadrant inféro-interne ne voit pas les mouvements de la main à 30 cm.

Œil gauche sans réaction inflammatoire, VOG = compte les doigts dans le quadrant supéro-interne du champ visuel ; ne voit pas les mouvements de la main dans tout le reste du champ visuel.

Fond d'œil ; à droite papille extrêmement floue, seules les veines sont visibles, œdème rétinien et périrétinien, les vaisseaux paraissent tortueux.

A gauche : Fond d'œil inéclairable, reflets roses, on ne voit pas la papille, vaisseaux sinueux difficilement visibles dans le quadrant inféro-externe, corps flottants.

A la lampe à fente :

Œil droit quelques séquelles de synéchies iriennes à la face antérieure de la cristalloïde, précipités nombreux de Descemet.

Œil gauche : Traces de synéchies anciennes plus nombreuses, précipités très abondants.

Etat général : Fièvre depuis trois semaines, amaigrissement, lésions cutanées de syphilis secondaire.

Examen des sinus : Points douloureux au niveau des sinus frontaux, mais peu de signes objectifs de sinusite, sinus s'éclairant bien.

Traitement par l'acétylarsan à raison de une piqûre de 3 cc. tous les trois jours.

Après 17 piqûres :

$$\text{VOD} = 1/5$$

$$\text{VOG} = 1/2$$

Fond d'œil devenu visible à droite comme à gauche, points de pigmentation chorœdienne disséminés, persistance d'un gros trouble du vitré.

6 mois après la fin du traitement :

$$\text{VOD} = 1/4$$

$$\text{VOG} = 1$$

Aucune lésion du fond d'œil ne paraît en évolution, les modifications ophtalmoscopiques paraissent cicatricielles.

ACCIDENTS

Notre expérience d'acétylarsan nous autorise à dire que les accidents n'existent pratiquement pas. Depuis 4 ans près de 600 malades ont été traités par l'acétylarsan dans le service d'ophtalmologie de Lariboisière.

310 malades ont reçu une série de seize piqûres d'acétylarsan ;

87 malades ont reçu 2 séries de seize piqûres d'acétylarsan ;

33 malades ont reçu 3 séries de seize piqûres d'acétylarsan ;

21 malades ont reçu 4 séries de seize piqûres d'acétylarsan ;

8 malades ont reçu 5 séries de seize piqûres d'acétylarsan ;

3 malades ont reçu 7 séries de seize piqûres d'acétylarsan ;

32 malades ont reçu une série de dix piqûres d'acétylarsan ;

7 malades ont reçu 2 séries de dix piqûres d'acétylarsan ;

4 malades ont reçu 3 séries de dix piqûres d'acétylarsan ;

3 malades ont reçu 4 séries de dix piqûres d'acétylarsan ;

2 malades ont reçu 3 séries de dix piqûres d'acétylarsan.

D'autres n'ont reçu que quelques piqûres et se trouvant guéris n'ont pas continué le traitement.

Si on totalise le nombre de piqûres pratiquées nous arrivons au chiffre de 12.650.-

Les injections pratiquées dans la fesse n'ont donné lieu à aucune réaction locale ; nous n'avons pas observé ni abcès ni escarres.

Malgré la forte teneur en arsenic du médicament nous n'avons jamais eu d'accidents généraux graves.

Après les premières injections, on peut exceptionnellement observer une élévation de température, parfois assez élevée à 39°5-40°, quelques vomissements, de légères irrptions, mais nous n'avons pas eu de crises nitritoïdes comme après les injections intra-veineuses de novarsenobenzol.

Une fois survint une manifestation cutanée très accentuée et suivie de desquamation. Un de nos malades âgé de 74 ans eut des hémorragies intestinales après quelques injections.

On a signalé des troubles de l'audition et des névrites optiques chez des malades traités par l'acétylarsan (1).

(1) 1° ABADIE. — Des méfaits des composés arsenicaux et bismuthiques en thérapeutique oculaire (*Soc. Franç. Derm. et Syphil.*, 19-4-28) ;

2° DRACOUILDES. — Affinité de l'acétylarsan pour les nerfs auditifs et optiques (*Soc. Franç. Derm. et Syphil.*, 19-4-28) ;

3° JAUSION. — Névrite optique bilatérale chez une tabétique fruste (*Soc. Franç. Derm. et Syphil.*, 7-4 31) ;

Ces troubles n'ont été que très rarement signalés et ils doivent être très rares puisque nous-mêmes ne les avons jamais constatés.

Nous ne prenons d'ailleurs aucune précaution spéciale avec nos malades en traitement, leurs injections sont faites le matin entre 8 et 9 heures de façon qu'ils puissent sans perdre de temps, aller à leur travail ou à leurs occupations.

On ne devrait pas se faire une opinion sur les inconvénients ou les dangers d'un médicament ou d'une médication d'après une ou quelques observations isolées. Pour une juste appréciation il faut établir dans quelle mesure un médicament est dangereux, c'est-à-dire déterminer la proportion des accidents pour le nombre d'injections faites.

D'après notre statistique la nocivité de l'acétylarsan est pour ainsi dire nulle et nous ne voyons pas pourquoi certains auteurs ont jeté le discrédit sur une médication qui nous a rendu et nous rend encore de grands services.

4° TERRIEN et RAVAUT. — Névrite arsenicale (*Prog. Méd.*, 28-9-29) ;
5° VELTER et Mlle OSTWALT. — Accidents toxiques et aggravation de phénomènes oculaires par l'acétylarsan (*Soc. Oph. Paris*, octobre 1930).

CONCLUSIONS

Dans le traitement de la syphilis oculaire nous avons recours suivant les cas et en tenant compte des intolérances à trois produits :

Le mercure sous forme de cyanure de mercure,
Le bismuth sous forme de bi-vatol ou de quinby,
L'arsenic sous forme d'acétylarsan.

En raison de son application très simple et surtout en raison de ses heureux effets, l'acétylarsan a pris la place la plus importante nous l'employons actuellement dans 65 % des cas.

Ce médicament nous a paru sans danger puisque les accidents constatés sur un nombre total de plus de 12.000 injections est insignifiant (une vingtaine) et que ces accidents ont toujours été sans gravité.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président,
RATHERY

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY,

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE. — Des méfaits des composés arsenicaux et bismuthiques en thérapeutique oculaire (*Soc Franç. Derm. et Syphil.* 19-4-28).

BERTHIER (E. G). — Contribution à l'étude de l'acétylarsan (*Thèse Toulouse*, 1929).

BOUCHE. — Traitement de la syphilis par l'acétylarsan (*Thèse de Lyon*, 1922-1923).

CHATELIER ET LAURENTIER. — Acétylarsan et liquide céphalo-rachidien (*Bulletin Soc. Franç. Derm. et Syphil.* Paris 1923, t. XXX, p. 447-450).

CHATELIER, MAHOUX ET VALDIGNE. — L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis (*Bull. Soc. Franç. Derm. et Syphil.* n° 5, mai 1923, p. 277).

DOR. — Traitement de la syphilis oculaire (*Soc Franç. Ophtalmologie*, 1914).

DRACOUIDES. — Affinité de l'acétylarsan pour les nerfs auditifs et optiques (*Soc Franç. Derm. et Syphil.*, 19-4-28).

FALLOT (J.). — Syphilis lacrymale (*Thèse de Lyon*, 1924).

HAMON. — L'acétylarsan dans le traitement des affections syphilitiques du pharynx et du larynx (*Thèse de Lyon* 1925).

JAUSION. — Névrite optique bilatérale chez une tabétique fruste (*Soc. Franç. Derm. et Syphil.*, 7-4-31).

LACAPÈRE. — Réflexion sur l'acétylarsan (*Annales des maladies vénériennes*, Paris, 1926, n° 3).

LA KAYE. — Accidents dus à l'acétylarsan (*Liège Médical*, n° 45, 6-11-27).

LAMOUREUX. — L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis chez les tuberculeux (*Thèse de Montpellier*, 1929).

LAURENT. — Traitement de la syphilis par l'oxy-acétylamino-phénylarsinate organique (*Annales des maladies vénériennes*, juillet 1923, avril 1924).

LESCAUX. — Quatre cas de kératite parenchymateuse. Excellents résultats du traitement par l'acétylarsan (*Journal Sciences Médicales de Lille*, juin 1929).

LEVADITI ET NAVARRO MARTIN. — Action préventive et curatrice dans la syphilis du dérivé acetyl de l'acide oxyaminophénylarsénique (*C. R. Académie des Sciences*, Paris 1922, p. 893-895).

MAHOUX. — Traitement de la syphilis par l'acétylarsan (*Thèse de Toulouse*, 1923-1924).

MARTIN (R.). — L'acétylarsan dans la syphilis nerveuse (*Thèse de Lyon*, 1925).

MOULINIÉ. — L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis (*Thèse de Montpellier*, 1926).

OSSIPOFF (T.). — Traitement de la syphilis oculaire par l'acétylarsan (*Thèse de Lyon* 1924).

PELISSIER. — Le chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire (*Thèse de Lyon*, 1924).

PILGRAIN. — L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis nerveuse (*Thèse de Montpellier*, 1927).

POULARD. — Traité d'ophtalmologie.

TERRIEN ET RAVAUT. — Névrite arsenicale (*Progrès médical* 28-9-29).

THIOLAT. — Recherche d'un test sérologique pour apprécier la valeur des médicaments antisyphilitiques (*Thèse Paris*, 1926).

THORAL. — Recherches sur la fixation et l'élimination de l'acétylarsan (*Thèse de Lyon*, 1925).

VELTER ET Mlle OSTWALT. — Accidents toxiques et aggravation des phénomènes oculaires par l'acétylarsan (*Soc. Opht. Paris*, octobre 1930).

1932. St-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC
